

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

1970

N°

18

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

TYSMAN Léon, Abraham

né le 7 Mai 1936, à Varsovie (Pologne).

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

1970

**A PROPOS DU DEVENIR DE CENT MALADES
SORTIES D'UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.**

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6°)
1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

TYSMAN Léon, Abraham

né le 7 Mai 1936, à Varsovie (Pologne).

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DU DEVENIR DE CENT MALADES SORTIES D'UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6°)
1969



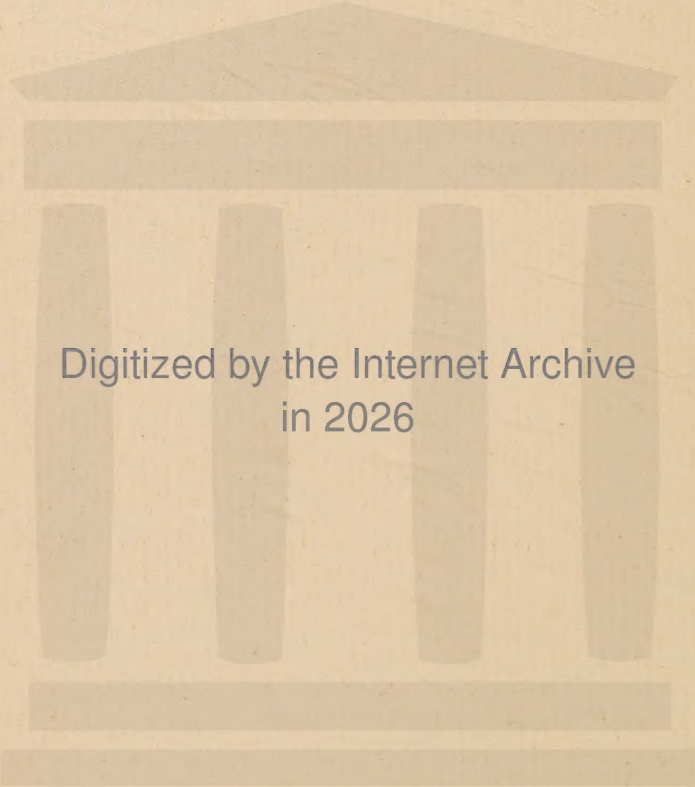
A MONSIEUR LE PROFESSEUR Léon MICHAUX

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

En respectueux hommage.

A Madame C. FRANÇOIS-UNGER

Directrice du Renouveau,
Centre d'éducation pour enfants victimes de guerre.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS DU DEVENIR DE CENT MALADES

SORTIES D'UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

*

PLAN GÉNÉRAL

- INTRODUCTION

- QUELQUES ÉLÉMENTS SUR LE SECTEUR CONCERNÉ :

I - Le secteur et ses institutions.

II - Le mouvement hospitalier.

- LES CENT MALADES SORTIES :

I - Essai de description du groupe.

II - Devenir des malades sorties.

- CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

Nous présentons, dans ce travail, un essai de description de cent malades ayant été hospitalisées dans le Service du Docteur MIGNOT, à l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche, et qui ont quitté ce Service vers le début de l'année 1964.

Nous nous proposons d'essayer, d'une part de dégager les principaux traits de ces malades, en les comparant à l'ensemble des malades du Service et, d'autre part, d'analyser leur devenir avec un recul de cinq années environ.

Le choix des malades a été fait très simplement de la façon suivante : nous avons consulté les registres des sorties et nous avons décidé d'étudier les cent premières malades sorties au cours de l'année 1964 (Disons tout de suite, mais nous y reviendrons, que pour cette année 1964 le total des sorties a été de 306). Pour ces cent malades, nous avons étudié le dossier établi au cours de leur séjour à l'hôpital, ainsi que les documents relatant leur évolution ultérieure. Certaines de ces malades nous étaient connues personnellement, soit que nous ayons eu l'occasion de les voir au Dispensaire d'Hygiène mentale, soit qu'elles soient revenues dans le Service où nous exerçons nos fonctions d'interne. Mais il ne s'agit que de quelques cas assez rares et dans l'ensemble ce travail ne repose pratiquement que sur l'analyse de documents.

Insistons sur le fait que nous avons pris la liste des malades telle qu'elle se présentait sur

les registres, c'est-à-dire sans aucune sélection et, par conséquent, il ne faut pas s'étonner que, pour un certain nombre de malades, des renseignements nous manquent. Nous pensons que (du moins en psychiatrie) le fait, par exemple, qu'un malade soit perdu de vue, ou que son dossier soit lacunaire, possède une certaine signification et quelque rapport avec sa maladie. Éliminer de tels cas d'une étude statistique en psychiatrie fausserait certainement cette étude.

Nous avons choisi l'année 1964 comme constituant un délai minimum pour l'étude du devenir ; on a ainsi un recul de cinq ans et souvent plus, car certaines malades portées sortantes en 1964 étaient en effet déjà en permission, parfois de longue durée. Un recul plus important serait certainement très souhaitable pour une telle étude ; malheureusement, dans ce cas, nous aurions eu un trop grand nombre de malades perdues de vue du fait de la mise en place relativement récente des structures de soin extra-hospitalières.

Outre les dossiers des malades, nous avons consulté pour ce travail les divers documents administratifs du Service, ce qui nous permet de donner quelques indications sur le mouvement hospitalier des dix dernières années et de comparer ainsi la population étudiée à l'ensemble de la population du Service.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous faut encore dire quelques mots sur ce qu'on trouvera et surtout sur ce qu'on ne trouvera pas dans cette étude.

Les questions que nous nous posions au départ et qui ont motivé ce travail étaient les suivantes : Quels sont les malades qui sortent de l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire quelles sont leurs particularités par rapport aux malades qui ne sortent pas ? En d'autres termes, la sortie de l'hôpital psychiatrique signifie-t-elle guérison ? Et alors, quels sont les malades qui guérissent ? Ou encore, plus

généralement, que faut-il entendre par guérison en psychiatrie ?

Ces questions sont bien vastes et nous avons rapidement senti combien il était ambitieux de prétendre y apporter une réponse. Il fallait toute la naïveté d'un "psychiatre en formation" débutant pour s'attaquer à de tels problèmes. C'est qu'en effet toute la psychiatrie s'y trouve engagée : définir la guérison, n'est-ce pas également une façon de définir la maladie psychiatrique, et cette définition n'est-elle pas un des problèmes, sinon le problème central de la psychiatrie ?

Aussi, inutile de préciser que nous n'apportons aucune réponse ni même élément de réponse à ces problèmes.

Cependant, l'étude systématique des dossiers de malades n'a pas été, nous semble-t-il, complètement infructueuse, et l'analyse que nous proposons, par les difficultés qu'elle nous a opposées et les réflexions qu'elle nous a suggérées, mérite, pensons-nous, quand même, d'être rapportée.

Ainsi, qu'on ne s'attende pas à trouver, dans les pages qui suivent, une étude statistique rigoureuse, mais simplement un essai de description d'un groupe de cent malades et de son devenir.

QUELQUES ÉLÉMENTS SUR LE SECTEUR CONCERNÉ

I - LE SECTEUR ET SES INSTITUTIONS.

Le Service du Docteur MIGNOT, où nous avons recueilli tous les éléments de cette étude, est un service sectorisé, c'est-à-dire que, théoriquement, il a la charge des institutions publiques responsables de la santé mentale de toute la population d'un territoire géographiquement déterminé. En fait, la sectorisation est loin d'être parfaite puisque, notamment, il existe encore une ségrégation sexuelle qui fait que les femmes du secteur considéré sont hospitalisées à l'hôpital de Maison Blanche à Neuilly-sur-Marne, alors que les hommes sont envoyés dans le Service du Docteur BONNAFE, à l'Hôpital de Perray-Vaucluse.

Cependant, bien qu'imparfaite, la sectorisation existe et il est donc utile que nous donnions quelques éléments concernant le secteur et ses institutions.

Le secteur concerné comprend les 1er, 2ème, 3ème, 4ème et 10ème arrondissements de Paris, soit une population totale d'environ 340.000 personnes. Rappelons que seules les femmes de ce secteur sont susceptibles d'être hospitalisées dans le Service du Docteur MIGNOT. Cette population a fourni, au cours de l'année 1964, 336 entrées à l'hôpital psychiatrique. Il faut ajouter à ce nombre 73 malades admises bien que n'appartenant pas au secteur.

L'équipement hospitalier est représenté par la 2ème section de l'hôpital de Maison Blanche dont la capacité réglementaire est de 320 lits.

L'équipement extra-hospitalier comprend essentiellement :

- un dispensaire d'hygiène mentale, situé dans le 4ème arrondissement ;

- un hôpital de jour (Centre Henri Duchène), situé dans le 3ème arrondissement. Il s'agit de la seule institution officiellement mixte, puisque commune avec le service recevant les malades hommes du secteur. Sa capacité réglementaire est de 30 malades.

Signalons encore l'existence d'un "club", organisant pour les anciens malades des réunions et activités diverses, ainsi que l'existence d'une liaison avec l'association Recherche et Rencontre.

Quelques chiffres permettront d'avoir un ordre de grandeur sur l'activité respective de ces structures.

A l'hôpital, l'effectif était, fin 1968, de 373 malades dont 305 effectivement présentes (les autres étant soit en permission, soit dans un hôpital général ou de chirurgie). Au cours de cette même année 1968, le nombre des malades suivies dans les formations extra-hospitalières était de 695 (661 au dispensaire et 34 au Centre Henri Duchène).

On peut donc faire une première remarque, c'est que le nombre des malades internées est beaucoup plus faible que celui des malades soignées "en ville". Les chiffres donnés ne sont d'ailleurs pas parfaitement représentatifs des divers secteurs d'activité ; un malade hospitalisé et un malade soigné à domicile ne représentent pas, ni qualitativement ni quantitativement, la même activité. Mais surtout, il faut noter

que l'activité extra-hospitalière est essentiellement fonction des moyens mis à la disposition de l'équipe du secteur, et que ces moyens, bien qu'en progression, sont actuellement encore très insuffisants. Sans parler des besoins en personnel (notamment infirmières et assistantes sociales), disons que l'absence de certaines institutions (maison de retraite, foyer de post-cure, atelier thérapeutique, etc...) constitue certainement, pour un bon nombre de malades, la cause de leur maintien indéfiniment prolongé dans ce lieu mal adapté qu'est l'hôpital psychiatrique.

La place exacte de l'hôpital psychiatrique dans l'ensemble des structures de soins ne semble pas encore parfaitement définie ; mais d'ores et déjà, il apparaît que cette place doit être relativement modeste. Peut-être est-ce là un des grands mérites de la psychiatrie actuelle que de tenter de faire disparaître cet esprit hospitalo-centriste, selon lequel l'internement constituait la clef de voûte du traitement psychiatrique.

II - LE MOUVEMENT HOSPITALIER.

Cependant, "l'asile" existe toujours et, puisque nous avons décidé d'étudier le devenir de malades sorties, il est bon, après avoir rapidement survolé leur secteur, que nous donnions quelques éléments concernant le service hospitalier d'où elles sont sorties. Les éléments qui nous intéressent ici ne concernent que le mouvement hospitalier, c'est-à-dire entrées, durées de séjour et sorties, que nous avons relevées sur les dix dernières années.

Les entrées -

Le tableau N° 1 permet de constater qu'au cours des dix dernières années, le nombre total des entrées

s'est accru d'environ 25 %, passant d'un peu plus de 300 pour l'année 1959 à un peu plus de 400 pour l'année 1968. Au cours de ces dix années, le service a donc eu une activité globale en progression assez régulière. Ce taux d'admission reste assez faible, puisqu'il correspond environ à une entrée par jour pour un service de 320 lits (mais, comme on le verra, une bonne partie de ces lits ne "roulent" pas).

On remarquera (Voir tableau N° 1 et graphique N° 1) que, comme pour la plupart des hôpitaux de ce type, les entrées en service libre ont connu une expansion importante pour représenter jusqu'à la moitié du total des entrées en 1968, alors qu'elles n'en représentaient pas le dixième en 1959. Cependant, rien ne permet, pour l'instant, d'affirmer, en ce qui concerne en tout cas ce secteur, qu'il s'agit là d'un processus de remplacement des placements d'office et volontaires par des placements libres. Le nombre des premiers reste, en effet, à peu près stationnaire, avec néanmoins une chute brutale en 1968, mais qui pourrait n'être qu'un phénomène passager, comme cela s'est produit en 1963.

Ainsi, le mouvement des entrées sur les dix dernières années est caractérisé par un noyau constant des placements d'office et volontaires, et par une progression qui semble s'accélérer des entrées en service libre.

Les durées de séjour -

Nous avons divisé les durées de séjour en 5 tranches, allant de moins de 30 jours à plus d'un an.

Ainsi que le montre le graphique N° 2, la durée de séjour à l'hôpital est restée assez semblable à elle-même au cours des dix dernières années. Elle dépasse rarement six mois et se situe le plus souvent entre un et trois mois.

La répartition moyenne des malades selon leur

durée de séjour est la suivante, entre 1959 et 1968 :

- A (moins de 30 jours)	:	environ 25 %
- B (un à trois mois)	:	" 40 %
- C (trois à six mois)	:	" 20 %
- D (six à douze mois)	:	" 7,5 %
- E (plus d'un an)	:	" 7,5 %

Rappelons que ceci ne concerne que les malades qui sont sorties. Si on considère l'ensemble des malades présentes dans le service à la fin de l'année 1968, on constate, bien entendu, une proportion bien plus importante des séjours de longue durée : plus de la moitié sont hospitalisées depuis plus d'un an et 30 % depuis plus de cinq ans. Ces chiffres ne surprendront sûrement aucun psychiatre des hôpitaux ; ils traduisent le fait bien connu du "sédiment" des "asiles" et montrent bien qu'il importe que d'emblée le séjour soit le plus bref possible, si on ne veut plus que les séjours sans fin soient la règle. Mais la sortie rapide de l'hôpital (ou mieux parfois l'absence de séjour) est, ainsi qu'on l'a déjà noté, essentiellement fonction des moyens en hommes et en équipements des structures de soin extra-hospitalières.

Les sorties -

Depuis 1959, le nombre des sorties, chaque année, varie entre 200 et 400 (Voir tableau N° 1). Pour l'année 1964, le nombre exact de sorties fut de 306 ; notre étude porte donc sur le tiers environ des malades sorties en une année.

Les sorties proprement dites ne représentent pas l'ensemble des malades qui quittent le service ; il faut y ajouter les transferts et les décès.

Les transferts se font vers un hôpital de province (le plus souvent, Plouguernevel) ou vers une colonie agricole (Dun-sur-Auron). On en compte un nombre assez régulier d'une année à l'autre : de 20

à 30. On doit mettre à part l'année 1961, qui a fait l'objet de 176 transferts du fait d'une répartition des malades en fonction de leur secteur d'origine. Il s'agit donc de changement de service, plutôt que de transfert proprement dit.

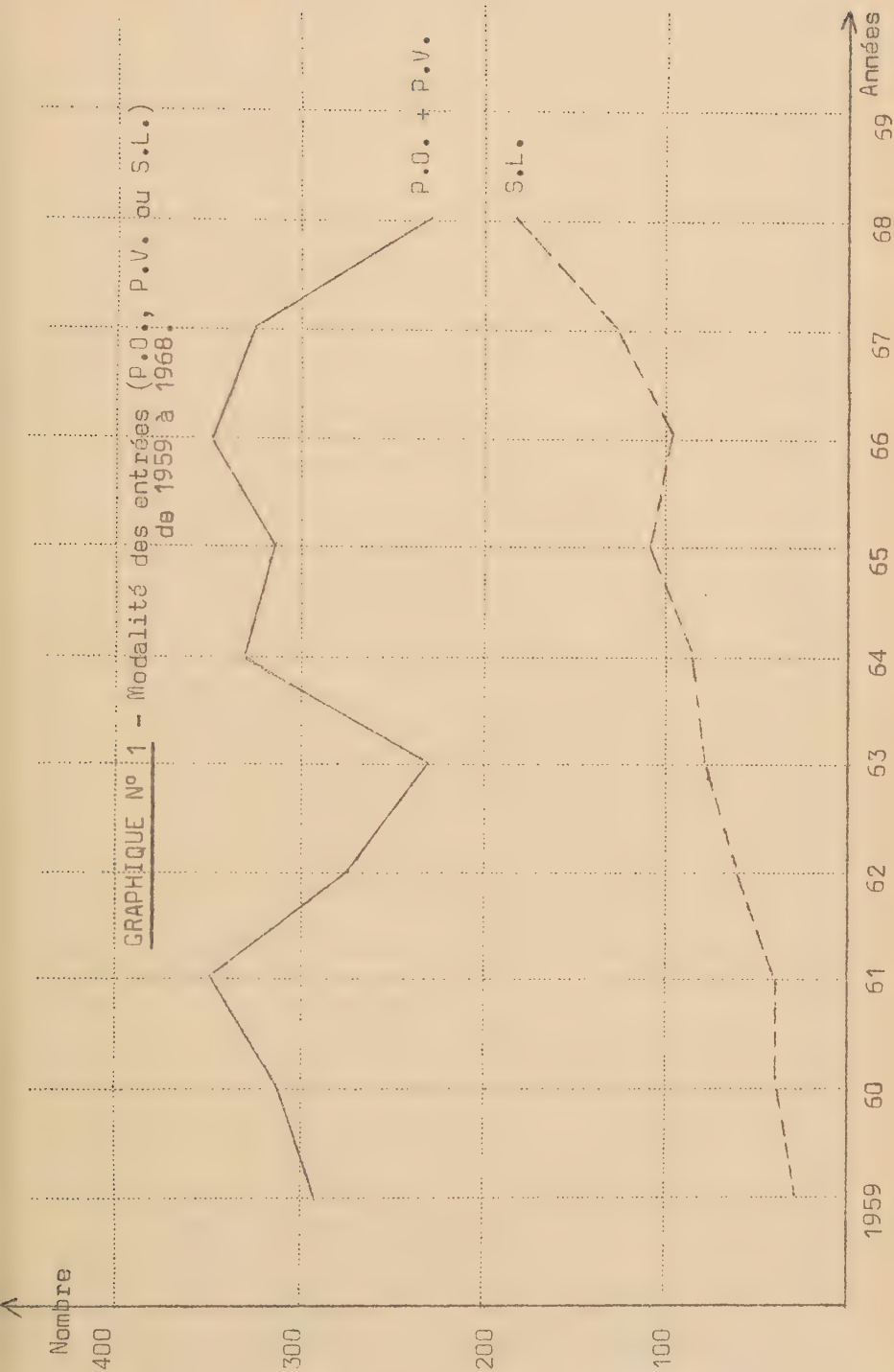
De même, le nombre des décès reste à peu près stable d'une année à l'autre, aux environs de 50. On peut remarquer que le nombre des entrées s'établissant autour de 400, c'est donc statistiquement une malade sur huit environ qui voit ses jours finir à Maison Blanche.

	ENTRÉES			SORTIES		
	P.O. P.V.	S.L.	TOTAL	SORTIES	TRANSFERTS	DECES
1959	293	28	321	240	26	54
1960	312	42	354	198	34	51
1961	350	41	391	230	176	28
1962	270	61	331	252	17	39
1963	226	79	305	261	23	44
1964	326	85	411	306	21	52
1965	307	110	417	331	23	71
1966	345	95	440	383	26	63
1967	324	124	448	357	9	51
1968	228	182	410	262	25	53

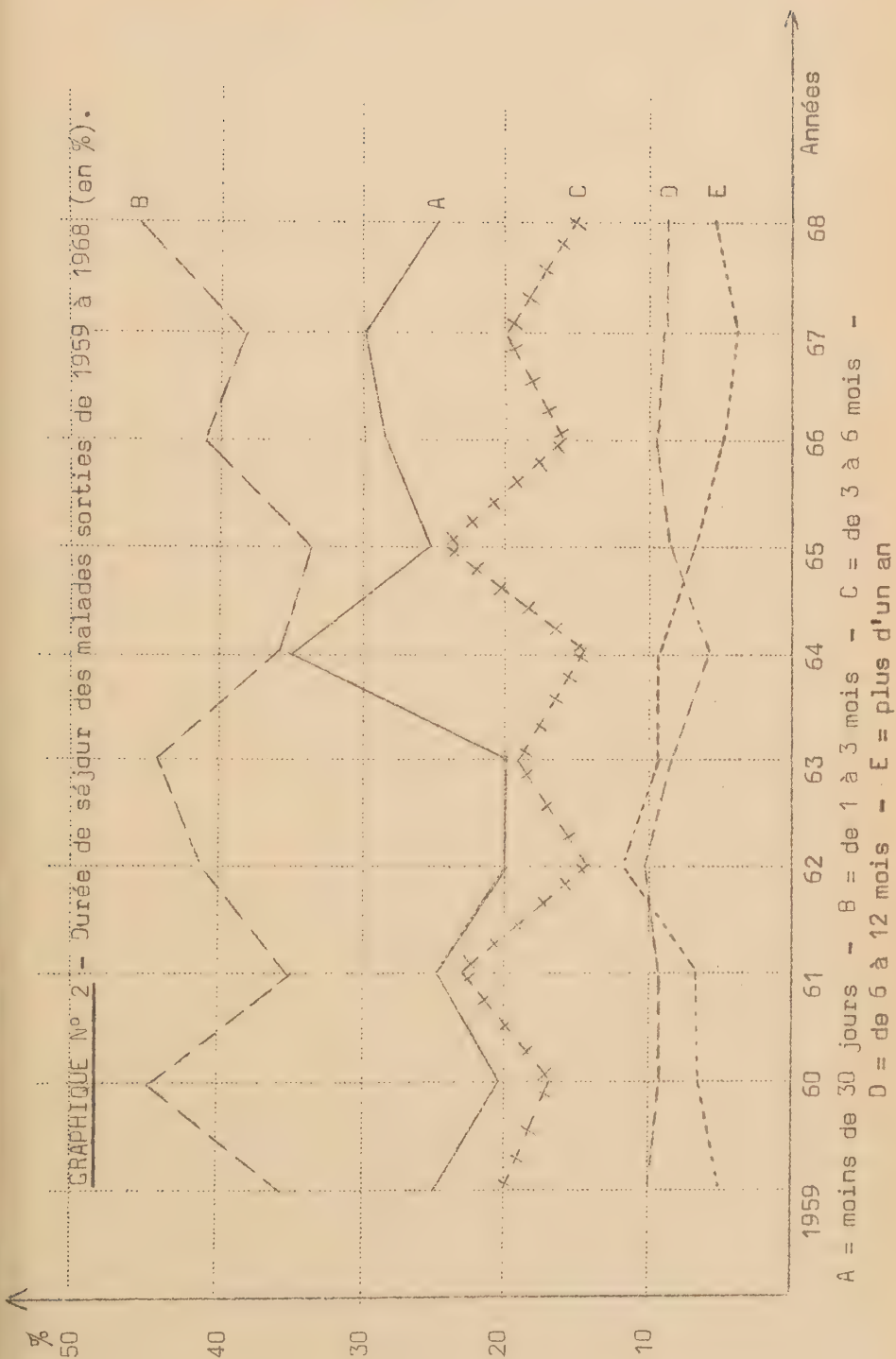
TABLEAU N° 1

Le mouvement hospitalier de 1959 à 1968.

GRAPHIQUE N° 1 - Modalité des entrées (P.O., P.V. ou S.L.)
de 1959 à 1968.



GRAPHIQUE N° 2 - Durée de séjour des malades sorties de 1959 à 1968 (en %).



LES CENT MALADES SORTIES

Nous présentons maintenant notre groupe de malades, c'est-à-dire les cent premières sorties de l'année 1964. Pour plus de clarté, ce chapitre sera divisé en deux parties : la première partie sera consacrée à un essai de description du groupe à partir des éléments notés avant la sortie des malades, tandis que, dans la seconde partie, nous analyserons le devenir de ces malades jusqu'au début de 1969.

o o

I - ESSAI DE DESCRIPTION DU GROUPE.

Les malades de ce groupe n'ont a priori qu'un élément commun, c'est d'être entrées à l'hôpital psychiatrique et d'en être sorties. On peut ajouter qu'il s'agit de femmes, en règle adultes et domiciliées dans un secteur bien déterminé de la région parisienne.

Cela dit, la question que nous nous posions était de savoir comment procéder pour décrire ces malades à partir des éléments consignés dans les dossiers. Nous n'avons pas trouvé de réponse satisfaisante et nous avons procédé de façon empirique en relevant pour chacune le maximum de renseignements. Nous avons donc établi, pour chaque malade, une fiche systématisée où nous avons noté les éléments suivants:

- 1- Conditions d'entrée et mode de placement
- 2- Diagnostic
- 3- Durée de séjour
- 4- Traitements reçus
- 5- Age à la sortie

- 6- Age de début de la maladie
- 7- Antécédents psychiatriques

- 8- Date et lieu de naissance
- 9- Situation dans la fratrie
- 10- Parents
- 11- Scolarité - Profession
- 12- Situation conjugale.

Ces éléments peuvent s'articuler en trois groupes, ainsi que nous l'avons souligné par la présentation. Le premier groupe (1 à 5) caractérise le séjour qui fait l'objet de ce travail ; le deuxième groupe (6 et 7) concerne le passé psychiatrique de la malade ; enfin, le troisième groupe essaie de préciser ses conditions socio-familiales.

Nous nous proposons de discuter, dans le prochain chapitre, les problèmes qui nous sont apparus à l'occasion de ce travail. Disons seulement ici qu'il s'agit essentiellement de deux problèmes : l'un d'ordre théorique concerne la description du malade et rejoint le problème général de la nosologie en psychiatrie ; l'autre, d'un ordre plus pratique ou méthodologique, concerne le traitement de l'information ou plus simplement la tenue du dossier en psychiatrie.

Pour le moment, contentons-nous de présenter les éléments que nous avons pu recueillir en "épluchant" les dossiers de ces cent malades.

CARACTERES DU SEJOUR EN QUESTION

1 - Conditions d'entrée et mode de placement.

Selon le mode de placement, la répartition des malades est la suivante :

- Placement d'office : 20
- Placement volontaire : 55
- Service libre : 25

Notons que le pourcentage de S.L. est sensiblement le même que celui de l'ensemble des malades entrées au cours de la même période (26 % en 1963). On constate donc que la population de S.L. parmi les sortantes est pratiquement la même que parmi les entrantes ; cela signifie que cette catégorie de malades, souvent considérée comme relevant d'une psychiatrie moins "lourde", ne bénéficie pas en fait de mesures de sortie significativement différentes de celles des autres catégories.

Mais, on le sait, le mode de placement est lié à de nombreux facteurs, parmi lesquels l'état clinique proprement dit semble peu déterminant.

D'ailleurs, recherchant les circonstances précises de l'admission, nous avons pu faire les constatations suivantes :

= Chez à peu près la moitié des malades, l'admission à l'hôpital a été directement en relation avec un comportement perturbateur précis. On peut, par exemple, relever :

- Tentative de suicide (plus ou moins réelle) : 8 cas
- Etat d'excitation ou d'agitation . : 28 cas
- Conflit aigu avec la famille ou les voisins : 7 cas
- Troubles du comportement (fugues, démarches absurdes...) : 9 cas.

Toutes ces malades (sauf deux) ont été admises en P.O. ou en P.V..

= Pour l'autre moitié du groupe, aucun "reproche" précis n'est relevé ; l'admission a été motivée par une poussée de la maladie : état délirant, accès dépressif, démence sénile, crise d'angoisse...

Dans ce groupe, on ne note que deux admissions en P.O..

On remarque donc un chevauchement des P.O. et P.V. d'une part, des P.V. et S.L. d'autre part. Cela traduit peut-être l'existence de deux modes de "définition" du malade mental :

- l'une, pourrait-on dire, subjective, qui se traduirait par la demande spontanée et directe ;

- l'autre objective, en ce sens qu'elle vient de l'extérieur, qu'il s'agisse de la famille, de l'entourage, de la police ou des psychiatres eux-mêmes.

Encore que cette distinction ne soit pas toujours évidente (d'autant que ces deux modes ne sont pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre), il nous semble qu'elle mériterait d'être approfondie et notée pour chaque malade.

En tout cas, il semble évident que trois modes de placement soient au moins un de trop.

2 - Diagnostics.

Parmi tous les éléments que nous avons relevés dans les dossiers, le diagnostic est un de ceux qui nous ont posé le moins de problèmes. En effet, il figure à peu près constamment sur le certificat d'admission établi pour chaque malade ; il figure également, de façon codifiée, sur divers relevés statistiques destinés à l'administration.

On peut, avec une certaine ironie, constater

que si l'esprit "anti-nosologie" constitue (avec quelque raison, pensons-nous) un des caractères de la psychiatrie actuelle, il ne semble pas qu'il ait pour le moment une traduction concrète. Nous revenons sur ce problème.

Voyons comment se répartissent nos cent malades en fonction des principales catégories diagnostiques (Les numéros sont ceux de l'ancienne classification en 15 catégories qui était alors utilisée) :

- N° 1 - Psychoses maniaco-dépressives - Manies - Mélancolie : 23 cas (groupe le plus important).
- N° 12 - Névroses - Etats névrotiques - Affections psycho-somatiques : 17 cas.
- N° 5 - Délires chroniques systématisés : 13 cas.
- N° 4 - Schizophrénies : 12 cas.
- N° 13 - Etats de déséquilibre mental - Personnalités psychopathiques - Perversions - Toxicomanies : 9 cas.

Le reste des 100 malades considérées, soit 26 personnes, se répartit en tout petits groupes, dans les diagnostics suivants :

- Psychoses alcooliques (N° 6) : 7 cas.
- Démences séniles ou préséniles (N° 10) : 5 cas.
- Délires aigus (N° 3) : 5 cas.
- Alcoolisme chronique (N° 7) : 4 cas.
- Etats d'arriération (N° 14) : 2 cas.
- Enfin, états confusionnels (N° 2), épilepsie (N° 9) et affections cérébrales (N° 11) : chacun 1 cas.

Ne sont pas représentées les catégories N° 8 (Paralysie générale - Syphilis) et N° 15 (Non classables). Mais cela ne peut avoir aucune signification particulière étant donné le petit nombre de cas dans les dernières catégories citées.

On peut cependant remarquer que la plus grande partie de ces malades se situent dans les catégories

diagnostiques où le substratum organique est le plus insaisissable, alors qu'il n'y a pas ou pratiquement pas de sortantes dans les catégories où l'anatomo-clinique a des résultats relativement plus solides (paralysie générale, épilepsies, états d'arriération...).

A titre de comparaison, si on relève le diagnostic des malades qui étaient dans le service début 1964 et qui y sont encore cinq ans plus tard, on trouve une répartition sensiblement différente :

- Schizophrénies (N° 4) : 25 %
- Délires chroniques (N° 5) : 19 %
- Etats d'arriération (N° 14) : 18 %
- Psychoses maniaco-dépressives (N° 1) : 10 %
- Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale (autre qu'alcoolisme, syphilis ou épilepsie) (N° 11) : 7 %.

Le reste, soit 21 %, se répartit entre :

- Psychoses alcooliques : 6 %
- Démences séniles : 6 %
- Déséquilibres : 4 %
- Epilepsie : 2 %
- Troubles mentaux de la syphilis : 2 %
- Alcoolisme chronique : 1 %.

Ne sont pas, bien entendu, représentées les catégories N° 2 et N° 3 (Etats aigus), mais surtout la catégorie N° 12 (Névroses).

Si on ne veut retenir que les résultats les plus nets de cette comparaison (dont nous nous garderons bien d'affirmer qu'elle ait une valeur statistique réelle), on peut dire :

- Quittent l'hôpital pratiquement à coup sûr les névroses (N° 12) et, avec une grande probabilité, les déséquilibres (N° 13).

- Ne sortent pratiquement pas les états d'arriération (N° 14).
- Pour les autres, et notamment maniaco-dépressifs (N° 1), schizophrènes (N° 4) et délires chroniques (N° 5), la seule connaissance du diagnostic ne permet guère d'hypothèse quant à la durée de leur séjour en milieu psychiatrique. Cependant, par rapport à la liste des sortantes, la liste des longs séjours montre une inversion des catégories N° 1 et N° 4. C'est-à-dire que, pour une schizophrène, la probabilité d'un séjour "long" serait quand même deux fois plus grande que pour une psychose périodique.

On peut encore noter, avant de clore ce paragraphe, qu'un diagnostic pourtant extrêmement fréquent en milieu "asilaire" apparaît assez peu, aussi bien dans les sortantes que dans les longs séjours : il s'agit des démences séniles qui représentent, on s'en doute, le plus gros pourcentage de décès (60 % des décès de 1964, 86 % si on y inclut les démences artériopathiques).

3 - Durées de séjour.

Nous avons vu, au chapitre précédent, la répartition des durées de séjour de toutes les malades sorties au cours des dix dernières années. Disons seulement ici que, pour nos 100 malades considérées, la répartition est sensiblement la même, c'est-à-dire que la durée du séjour a été le plus souvent inférieure à trois mois (72 % des malades). Seules, 14 % de nos cent malades étaient sorties après un séjour supérieur à six mois.

4 - Traitements recus.

Sur les 100 malades, toutes (sauf une malade qui n'était restée qu'un jour) ont reçu, au cours de

leur séjour, une thérapeutique médicamenteuse. Les neuroleptiques ont été, bien entendu, les neurotro-
pes les plus utilisés (chez 50 malades) ; viennent
ensuite les hypnotiques (chez 60 malades), puis les
tranquillisants (chez 30 malades), enfin les anti-
dépresseurs (chez 23 malades).

Des électrochocs ont été pratiqués chez deux
malades, et deux autres malades ont subi une cure de
désintoxication alcoolique.

Ces éléments sont donnés à titre indicatif ;
ils sont peu utilisables tels quels et isolément.
Tout au plus permettent-ils de penser que, malgré
la progression et la multiplicité des psycho- et
socio-thérapies, la chimiothérapie constitue, du
moins en milieu hospitalier, la thérapeutique de
base pratiquement dans tous les cas.

5 - Age à la sortie.

La répartition est assez étalée, entre 19 et
83 ans, avec cependant une plus grande fréquence
entre 40 et 60 ans.

Moins de 40 ans ..	: 32
Entre 40 et 60 ans	: 45
Plus de 60 ans ...	: 23

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

La notion d'âge de début des troubles est sou-
vent particulièrement délicate à établir rétrospec-
tivement, et d'ailleurs elle est difficile même à
définir.

Prenons, par exemple, une de nos malades âgée
de 65 ans. Elle est admise pour un état confusion-
nel aigu survenu récemment, à la suite d'un trauma-
tisme minime ; cependant, il s'agit d'une éthylique

de longue date, jusque là bien compensée... A quand situer le début de la maladie psychiatrique ?

On voit bien que cette notion de début de la maladie rejoint le problème plus général de la définition de la maladie mentale elle-même.

Nous avons escamoté la difficulté théorique en prenant pour référence le premier contact de la maladie avec la psychiatrie (ou la médecine générale, lorsque les symptômes n'ont conduit au psychiatre que secondairement). Nous avons également tourné les difficultés pratiques en donnant des chiffres assez imprécis.

Voyons donc comment se répartissent nos cent malades en fonction de l'ancienneté de leur maladie :

- Pas d'antécédents psychiatriques	22
- Début remontant à moins de 5 ans	33
- Début remontant à une dizaine d'années (5 à 20)	31
- Début remontant à plus de 20 ans	9
- Affection congénitale	2
- Impossible à déterminer	3

On a donc un total de 75 cas qui ont déjà un "passé psychiatrique". Pour préciser un peu ce passé, voyons, parmi bien d'autres possibles, deux autres éléments : le nombre de séjours antérieurs et l'intervalle "libre" (sans hospitalisation) depuis la fin du dernier séjour.

En fonction du nombre de séjours antérieurs, les 75 malades concernées se répartissent ainsi :

- 1 séjour	: 20
- 2 séjours	: 10
- 3 séjours	: 14
- 4 séjours et plus :	31

Quant au dernier intervalle sans hospitalisation, disons qu'il a été de :

- moins de 3 mois pour 13 malades,
- entre 3 et 12 mois pour 30 malades,
- et de plus d'un an pour 32 malades.

De ces quelques renseignements, bien sommaires pour décrire les antécédents psychiatriques, on peut cependant retenir que les trois-quarts de nos malades avaient déjà été hospitalisées en milieu psychiatrique et que, pour plus de la moitié (55), la sortie dont il est question était leur troisième sortie ou plus.

CONDITIONS SOCIO-FAMILIALES

Les éléments de cette rubrique sont généralement considérés, à juste titre, comme particulièrement intéressants et significatifs en psychiatrie. Mais, il faut bien dire que les dossiers sont rarement complets et surtout homogènes quant à ces éléments, ce qui rend difficile leur utilisation à des fins statistiques. C'est pourquoi nous essaierons simplement ici de dégager quelques renseignements à titre descriptif et sans préjuger de leur valeur d'information dans la morbidité psychiatrique.

1 - Lieu de naissance.

On remarque que, sur les 100 malades, 47 sont originaires de la province et 17 viennent d'un pays étranger, soit un total de 64 malades qui sont plus ou moins des transplantées.

Mais pour apprécier ce chiffre, encore faudrait-il avoir les mêmes renseignements sur la population du secteur, renseignements que nous n'avons pu nous procurer.

2 - Situation dans la fratrie.

Pour 51 malades, ce renseignement n'apparaît pas dans le dossier. Pour les malades où ce renseignement est noté, on en trouve 3 qui sont l'aînée de la famille, contre 10 qui sont la dernière et 6 qui sont fille unique.

3 - Parents.

Les renseignements, bien que pas toujours très précis, font ressortir ici certaines particularités.

Pour plus du quart des malades, on note que le père a disparu (par abandon, décès, internement ...) pendant la petite enfance de la malade. La disparition de la mère, sans être aussi fréquente (13 cas), est certainement plus fréquente que dans la population générale.

Nous avons essayé d'analyser d'autres éléments concernant les parents : affections psychiatriques, situation socio-professionnelle, qualité des relations parentales... Mais le trop petit nombre de cas notés avec précision ne permet aucune vue d'ensemble.

4 - Scolarité - Profession.

La scolarité est souvent déficiente : seulement un peu plus d'une dizaine sur les cent malades avaient obtenu le C.E.P..

La profession est généralement humble ; les femmes de ménage représentent le groupe le plus important.

5 - Situation conjugale.

Plus du quart des malades (26) sont ou divorcées ou séparées de leur mari. Si on y ajoute le nombre des mères célibataires (12), on trouve un

total de 30 malades sur 100 présentant une situation conjugale "particulière", et ce nombre déjà élevé n'inclut qu'une partie des nombreuses formes de perturbations conjugales.

Nous sommes tenté de conclure ce paragraphe sur les conditions socio-familiales de ces malades en essayant de leur trouver un dénominateur commun, et que dire d'autre sinon qu'il s'agit le plus souvent de "misérables". Mais cette constatation est banale, car elle est certainement valable pour l'ensemble des malades des hôpitaux psychiatriques.

Cependant, nous avons essayé d'apprécier une autre notion, assez vague et pourtant bien réelle, à savoir l'existence ou non d'un soutien familial. Dans 25 cas, l'étude du dossier ne nous a pas permis d'avoir une idée précise ; dans 15 cas, la malade était complètement abandonnée ; mais dans 60 cas, il existait un soutien d'au moins un membre de la famille (parent, conjoint, enfant ...), parfois d'un ou d'une amie. Donc, dans l'ensemble, une bonne majorité (4 pour 1) de ces malades possédaient un lien avec l'extérieur, et peut-être est-ce là un des éléments importants pour caractériser les malades "qui sortent".

o o

II - DEVENIR DES MALADES SORTIES.

Ce chapitre devait représenter, pensions-nous, la partie la plus importante de notre travail. En fait, il sera relativement maigre, et ceci pour deux raisons. La première est que les renseignements notés, une fois la malade sortie, sont peu abondants et surtout difficilement systématisables. La seconde, plus importante, est que le devenir de ces malades se morcelle d'emblée en de nombreux petits grou-

pes, à l'intérieur desquels on ne saurait pousser bien loin l'analyse sans aboutir à des résultats tout à fait hasardeux.

Mais, ces restrictions étant faites, voyons, même à peu près, comment se présente le devenir de ces cent malades.

Les malades, après leur sortie, sont en règle encore soumises à un traitement médicamenteux et généralement invitées à se présenter, avec une fréquence plus ou moins grande, dans l'une ou l'autre des institutions extra-hospitalières (presque toujours le dispensaire).

Théoriquement, selon l'évolution après la sortie, on devrait pouvoir classer ces malades en groupes allant de "très favorable" à "très défavorable". En fait, outre que la définition des critères serait assez difficile à établir avec précision, on constate que l'évolution est rarement simple, mais le plus souvent compliquée, sinuée, avec des hauts et des bas. Là aussi, la mise au point d'une certaine codification serait nécessaire pour juger valablement de résultats.

Pratiquement, et pour n'utiliser que des repères objectifs, nous avons distingué, selon l'évolution après la sortie, quatre catégories de malades :

- perdues de vue,
- décédées,
- réhospitalisées une ou plusieurs fois,
- non réhospitalisées.

Nous examinerons successivement le contenu de ces quatre catégories; puis, dans un dernier paragraphe, nous résumerons la situation, telle qu'on peut la connaître, pour l'ensemble des malades au début de 1969.

= LES MALADES PERDUES DE VUE sont au nom-

bre de 23, ce qui représente une portion assez importante du groupe initial.

Peut-on dire, à propos de ces malades dont on est sans nouvelles depuis leur sortie, qu'aucune conclusion ne peut être tirée ? Nous ne le pensons pas. Du fait de la sectorisation, une rechute avec nécessité de reprise en charge psychiatrique extra- ou intra-hospitalière nous aurait été connue. Bien sûr, un certain nombre de ces malades peuvent avoir déménagé et donc changé de secteur (Selon les renseignements fournis par le Service social du secteur, ce serait effectivement le cas de 8 à 10 malades environ) ; mais même dans ce cas, une réhospitalisation en milieu psychiatrique nous est le plus souvent connue, du fait, notamment, de la demande de communication des observations médicales.

On peut donc admettre que, pour ces 23 malades (à quelques exceptions près, peut-être), il n'y a plus eu besoin de psychiatre. A-t-on le droit de dire pour autant qu'elles sont guéries ? Pour notre part, nous serions tenté de répondre par l'affirmative. Bien entendu, cette réponse mériterait d'être discutée et nuancée, mais il n'est pas possible d'aborder ici le problème théorique de la notion de guérison en psychiatrie.

Cependant, qu'on nous permette quelques mots sur un problème pratique important, né de la sectorisation : Quelle attitude adopter vis-à-vis de ces malades qui semblent vouloir oublier l'institution psychiatrique et que l'institution les oublie ? Ou, plus simplement, doit-on, dans ces cas, faire des visites à domicile systématiques pour surveiller l'évolution et prévenir une éventuelle réhospitalisation ? Personnellement, il nous semble que les risques d'une telle attitude seraient bien plus importants que les éventuels bénéfices. Les structures psychiatriques du secteur doivent être, pensons-nous, en permanence à la disposition des malades qui en font la demande, et non pas (contrairement à certaines autres institutions, telles que la justice,

la police...) au service de la communauté en général. Aux psychiatres à savoir être à l'écoute pour discerner la demande qui, du fait même des caractères de la maladie, n'est pas toujours directe, mais souvent, bien que réelle, médiatisée de façon très diverse.

Mais revenons à nos malades sorties il y a cinq ans, et voyons si les 23 malades perdues de vue présentent quelques caractères particuliers par rapport à l'ensemble du groupe initial.

- Le mode de placement fait apparaître une proportion nettement plus importante de P.O. chez ces 23 malades, et ceci au détriment des services libres.

	<u>P. O.</u>	<u>P.V.</u>	<u>S.L.</u>
Ensemble du groupe ...	20	55	25
Malades perdues de vue	30 %	53 %	17 %

- Le diagnostic ne montre apparemment que peu de choses. Les 23 malades s'éparpillent en 9 catégories, et les 5 catégories les plus fréquentes totalisent à peu près le même pourcentage de cas que pour l'ensemble des malades sorties. Cependant, chez ces 23 malades, deux catégories de diagnostics sont un peu plus fréquentes : ce sont celles des névroses et des personnalités psychopathiques. Si on totalise les malades de ces deux catégories, on fait alors apparaître une différence relativement importante par rapport à l'ensemble des sorties : 39 % contre 26 %.

- La durée de séjour est, dans l'ensemble, assez nettement plus courte : environ 82 % sont restées hospitalisées moins de 3 mois et près de 50 % moins de 30 jours (contre respectivement 72 % et 25 % pour l'ensemble des sorties). Une seule sur les 23 avait fait un séjour de plus de 6 mois.

- L'âge à la sortie montre que ces malades sont dans l'ensemble un peu plus jeunes : environ 83 % de moins de 60 ans et 43 % de moins de 40 ans (contre respectivement 75 et 32 %).

- Enfin, en ce qui concerne les antécédents psychiatriques, les diverses comparaisons que nous avons faites montrent, dans ce groupe, une proportion nettement plus importante de cas "sans antécédents psychiatriques" (environ 50 % contre 22 % pour l'ensemble des sorties) et, à l'inverse, très peu de cas d'hospitalisations multiples (10 % contre 31 %).

Ainsi, ces quelques éléments montrent que ces 23 malades dont on est sans nouvelles ne sont pas n'importe lesquelles. Plus grande fréquence de l'hospitalisation par contrainte, prédominance des diagnostics relativement "élastiques", sédation relativement rapide des troubles qui avaient motivé l'internement, caractère relativement récent de ces troubles : voilà un ensemble de facteurs assez cohérent et, semble-t-il, assez caractéristique. Mais caractéristique de quoi ? Pourquoi pas d'une erreur d'aiguillage ?

Nous disions que nous étions tenté de considérer comme guéries ces malades qui n'ont plus besoin du psychiatre ou ne veulent plus le rencontrer; mais peut-être peut-on se demander si, dans l'ensemble, elles étaient réellement malades mentales ? Nous ne saurions répondre à cette question qui nous fait retrouver, là encore, le problème théorique général de la définition de la maladie mentale.

On peut cependant remarquer que le psychiatre est le seul des spécialistes médicaux à ne pas être concerné pour décider quels sont ceux qui sont ou ne sont pas malades. Les déviants (délinquants, pervers, prostituées, suicidaires ...) lui sont facilement adressés, dès qu'ils dépassent le seuil de tolérance de leur milieu familial ou social, et le psychiatre doit au moins "les garder". On sait que le rejet peut d'ailleurs se faire vers d'autres structures

(maison de redressement, prison), et les critères qui font qu'un sujet est orienté vers l'hôpital psychiatrique ou la prison sont loin d'être établis de façon absolue.

En tout cas, il est probable qu'une bonne partie des malades de ce groupe appartenaient à cette frange d'incertitude.

= LES MALADES DÉCÉDÉES au cours des cinq années qui ont suivi la sortie en question sont au nombre de 15.

Le caractère essentiel de ce groupe est, on s'en doute, une forte proportion de personnes âgées: 7 sur les 15 avaient plus de 65 ans au moment de leur sortie en 1964.

Parmi les 8 autres malades de ce groupe, on en compte 3 dont le décès peut être imputable à une cause accidentelle. Enfin, 5 malades se sont suicidées plus ou moins longtemps après leur sortie, et après d'ailleurs une ou plusieurs réhospitalisations pour 4 d'entre elles. Doit-on mettre ces 5 cas dans la rubrique "échec total" ? Là encore, la réponse n'est pas simple, à moins d'admettre que, par définition, le suicide est toujours un acte pathologique...

Quoi qu'il en soit, le trop petit nombre de cas ne permet pas ici de pousser plus loin l'analyse.

= LES MALADES RÉHOSPITALISÉES constituent le troisième groupe, que nous avons voulu isoler quant aux différentes possibilités d'évolution après la sortie. Ce groupe comporte 54 malades, donc plus de la moitié des sortantes étudiées. Notons que certaines de ces malades peuvent d'ailleurs appartenir également à l'un ou l'autre des deux groupes précédents.

Au point de vue diagnostique, on note qu'il s'agit en majorité de maladies considérées comme chroni-

ques ou à rechutes (mais n'est-ce pas la règle en psychiatrie ?). Tout au plus, peut-on faire deux remarques. La première est que les états de déséquilibre sont relativement peu représentés : 2 malades sur 54, contre 9 sur 100 pour l'ensemble des sortantes. La seconde est que ce groupe comporte la presque totalité des psychoses alcooliques et des alcooliques chroniques (9 sur 11 au total). Cette dernière constatation n'a rien de surprenant ; on sait que, d'une manière générale, les alcooliques posent des problèmes de prise en charge particuliers, du fait de l'intrication chez eux d'épisodes aigus qui rétrocedent rapidement, et d'une structure psychosociale qui, elle, ne semble pas être modifiée par la prolongation de l'hospitalisation. Cela justifie la demande constante des psychiatres (et notamment de notre Patron, le Docteur MIGNOT) de création d'institutions thérapeutiques spécialement adaptées à cette catégorie de malades.

L'ensemble des malades réhospitalisées présente encore, par rapport à l'ensemble du groupe des malades sorties, des antécédents psychiatriques un peu plus chargés (hospitalisations antérieures dans l'ensemble plus nombreuses). Mais la différence est en fait assez peu significative.

Il peut être intéressant de préciser un peu le devenir de ces malades, c'est-à-dire de voir au bout de combien de temps elles ont été réhospitalisées et aussi le nombre des réhospitalisations.

Sur les 54 malades :

- 13 ont été réhospitalisées au bout de moins de 3 mois ;
- 18 après 3 à 12 mois ;
- 23 après plus d'un an au dehors.

Le nombre de réhospitalisations est en moyenne de 2,3 pour l'ensemble de ces malades et se répartit ainsi :

- 20	malades	ont été réhospitalisées	1 fois,
- 15	"	"	2 fois,
- 9	"	"	3 fois,
- 10	"	"	4 fois

et plus.

Ces quelques chiffres sont, bien sûr, très insuffisants pour décrire l'évolution de ces malades. Il serait intéressant d'entrer plus dans le détail, et notamment de préciser la durée des réhospitalisations, la durée et la qualité de l'existence "dehors" etc... Il serait surtout intéressant aussi de savoir quelle malade a eu précisément tel ou tel type d'évolution. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'insuffisance de notre échantillonnage ne permet guère de pousser bien loin l'analyse sans aboutir à des résultats tout à fait factices. D'autant que ce groupe de 54 malades, déjà tout à fait hétérogène quant aux âges et aux diagnostics, comprend en fait des malades dont le devenir est lui-même fort différent : 12 malades décédées, 8 terminant leurs jours dans un hospice et quelques malades perdues de vue après une ou plusieurs réhospitalisations...

= LES MALADES NON RÉHOSPITALISÉES devraient être théoriquement au nombre de 46. Mais si on élimine de ce nombre les malades décédées, celles dont le devenir ne nous est pas parfaitement connu, ainsi que celles qui ont été admises dans une autre institution (notamment hospice), on tombe à un nombre de 20 malades.

Ce groupe, bien que relativement modeste, nous semble cependant particulièrement intéressant, car il ne comprend que des malades dont la réinsertion dans leur milieu habituel n'a pas été remise en question durant au moins cinq années après leur sortie de l'hôpital psychiatrique. Ces 20 malades ont toutes été suivies, plus ou moins régulièrement, mais sans que le lien soit jamais complètement rompu, au dispensaire de leur secteur.

Voyons si ce groupe présente quelques caractères particuliers.

Le mode de placement diffère assez peu de celui de l'ensemble des malades sorties ; tout au plus peut-on noter une proportion légèrement plus importante de malades qui étaient entrées en service libre.

Au point de vue du diagnostic, la seule constatation notable est le nombre relativement important des délires chroniques systématisés : 6 cas, soit presque la moitié des malades qui étaient sorties avec ce diagnostic. Ce groupe comporte par ailleurs, et cela vaut, pensons-nous, d'être souligné, 4 schizophrènes et 4 maniaco-dépressives.

La durée de séjour à l'hôpital ne présente pas de particularités ; elle a été en moyenne la même que celle de l'ensemble des malades.

La répartition des âges est assez étalée ; cependant, dans l'ensemble, il s'agit de malades plus jeunes ; une seule avait plus de 60 ans au moment de sa sortie.

Enfin, les antécédents psychiatriques, tels que nous les avons étudiés (ancienneté des troubles, nombre de séjours précédents), ne montrent pas de particularités bien significatives.

Apparemment donc, on ne peut rien conclure de ces maigres données. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit que de 20 malades et que, par conséquent, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'analyse ne peut être poussée très loin.

Pourtant, si on nous permet une appréciation générale, on peut dire qu'il s'agit dans l'ensemble de malades "graves" (14 sur 20 sont - ou étaient - des psychotiques, parfois de longue date) et donc il s'agit là de résultats très positifs. Ajoutons que, début 1969, selon les notes prises au dispensaire, l'état de 16 sur 20 de ces malades était qualifié de

satisfaisant ou très bon.

= LA SITUATION AU DÉBUT DE L'ANNÉE 1969
de l'ensemble des 100 malades que nous avons étudiés
est finalement la suivante :

- 12 sont à nouveau hospitalisées dans le secteur (dont une au Centre Henri Duchène) ;
- 8 sont prises en charge par une institution ne dépendant pas du secteur (hôpital psychiatrique de province, maison de retraite ...) ;
- 15 sont décédées ;
- 23 sont perdues de vue ;
- 42 vivent dans leur milieu habituel (ou du moins dans une collectivité non psychiatrique) et sont suivies par le dispensaire du secteur. Nous avons vu que, pour 20 de ces malades, il n'y avait eu aucune réhospitalisation.

Ces 42 malades peuvent, selon leur état, se répartir de la façon suivante :

- Etat extrêmement précaire, réhospitalisations nombreuses, instabilité socio-professionnelle : 11
- Etat "moyen", difficultés d'adaptation : 7
- Etat satisfaisant, bon ou très bon : 24

Il s'agit là, bien entendu, d'appréciations globales assez subjectives et assez imprécises. Mais un tel bilan statique n'est donné qu'à titre indicatif et on ne saurait lui accorder une bien grande valeur d'information, car il reflète assez mal le caractère essentiellement variable de l'évolution des troubles psychiatriques.

CO N C L U S I O N S

Nous avons essayé, au cours de cette étude, de décrire un groupe de cent malades et de suivre leur devenir pendant plusieurs années après leur sortie de l'hôpital. Dans ce bref chapitre qui nous servira de conclusion, nous rappellerons les quelques éléments que cette étude a permis de mettre en évidence.

Disons, tout d'abord, que nous avons bien conscience des limites de ce travail, en ce sens qu'il ne porte que sur un groupe relativement restreint de malades et que les critères utilisés pour les décrire ne sont pas toujours parfaitement définis. Mais, dans l'état actuel des choses, il paraît difficile, sinon impossible, de pouvoir mener de telles études, pourtant, à notre avis, riches d'enseignements, sur une très large échelle. Cela est dû essentiellement au fait que les problèmes de l'information en psychiatrie sont loin d'être résolus et que, d'une manière générale, les dossiers des malades ne sont normalisés ni dans leur forme ni dans leur contenu.

Certes, une classification des troubles mentaux, plus précise et détaillée en vingt catégories avec de nombreuses sous-catégories, a remplacé l'ancienne classification en quinze catégories. Mais même codifié avec plus de précision, le diagnostic ne saurait avoir, en psychiatrie (où la notion même d'entités cliniques bien autonomes est discutée), la même valeur d'information qu'il a dans les autres disciplines médicales. D'ailleurs, des tentatives ont été faites, notamment

par PICHOT en France et OVERALL aux Etats-Unis, pour remplacer ou du moins compléter la nomenclature nosologique classique, par des échelles d'appréciation utilisant un nombre variable de facteurs et qui permettraient une description plus fidèle des troubles psychiatriques. On peut encore citer les travaux effectués à la Clinique universitaire de Strasbourg (Pr. Th. KAMMERER), pour essayer de codifier l'information contenue dans les dossiers d'observations et permettant ainsi le traitement mécanographique de cette information. Mais il ne s'agit là que de travaux relativement isolés, et le plus souvent les dossiers des services de psychiatrie sont difficilement utilisables pour des recherches d'ensemble. Nous citons, par ailleurs, dans notre bibliographie, quelques références concernant ce problème important de l'information en psychiatrie, problème qu'il n'est, bien entendu, pas possible de développer davantage ici.

Cela dit, on admettra donc que notre travail n'a pas la prétention d'être une étude statistique rigoureuse, mais plutôt une description ou un compte rendu très partiel des résultats de l'activité d'un service sectorisé.

Dans une première partie, concernant le secteur et ses institutions, nous avons pu souligner l'importance croissante de l'activité extra-hospitalière et nous avons ainsi évoqué la nécessité de redéfinir la place (ou si l'on veut les indications) de l'hôpital psychiatrique parmi l'ensemble des structures de soins.

On a d'ailleurs pu remarquer que, au cours des dix dernières années, l'augmentation du nombre des entrées à l'hôpital avait été relativement modeste, mais surtout que cette augmentation n'avait porté que sur des malades traités en Service libre, alors que le nombre des malades entrés en Placement volontaire ou d'office était resté à peu près stationnaire. Ce

fait traduit, lui aussi, l'amorce d'une modification des conditions de soins aux malades mentaux.

L'étude des durées de séjour des malades à l'hôpital, au cours des dix dernières années, nous a montré que, dans l'ensemble, les séjours sont relativement brefs pour les malades qui sortent (moins de 3 mois pour 65 % des malades et moins de 6 mois pour 85 %), mais que, par contre, il existe encore un noyau important de malades qui ne sortent pas. Ces séjours indéfiniment prolongés constituent-ils l'héritage du passé ou un fait encore actuellement inévitable ? Il semble bien, précisément, que le développement d'une véritable psychiatrie de secteur, avec tout l'équipement extra-hospitalier qu'elle implique, devrait permettre de réduire, dans des proportions encore difficiles à évaluer, ce noyau de malades qui sont ou qui deviennent des "chroniques" (au sens asilaire du terme).

Mais notre étude s'est ensuite limitée à notre groupe de cent malades, c'est-à-dire à des malades sorties et donc dont le séjour à l'hôpital avait été, dans l'ensemble, relativement bref.

Nous voulions savoir qui étaient ces malades et ce qu'elles étaient devenues cinq années environ après leur sortie.

Pour répondre à la première question, nous n'avons pu que procéder de façon assez empirique, en relevant pour chaque malade un certain nombre d'éléments concernant leur séjour à l'hôpital, leur passé psychiatrique, leurs conditions socio-familiales. En dehors même des aspects purement psychiatriques, l'analyse de ces éléments nous a montré une proportion très élevée de personnes transplantées, de situations familiales perturbées, de scolarités déficientes, de professions humbles... On pourrait se demander si ces conditions sont la cause ou la conséquence de la maladie, mais sans doute ce serait poser là un problème assez artificiel, en ce sens qu'il dissocie a priori l'insertion socio-familiale du trouble psycho-

pathologique.

Notons que, à côté de ces éléments, si l'on peut dire, négatifs, nous avons souligné la grande fréquence, chez ces malades, d'un élément positif, car jouant certainement un rôle important dans la sortie, à savoir l'existence d'un lien avec l'extérieur.

Au point de vue purement psychiatrique, c'est-à-dire de la nosologie, notre groupe de malades était tout à fait hétérogène et il n'est pas possible d'en donner une vue globale. Rappelons seulement qu'il comportait plus de 50 % de psychotiques chroniques.

Nous avons vu, par ailleurs, en comparant notre groupe aux malades qui étaient dans le service depuis plus de cinq ans, que le diagnostic possédait une valeur d'information très variable et que, pris isolément, il ne permettait que dans peu de cas de préjuger du pronostic de la maladie.

En ce qui concerne le devenir des malades, nos constatations rejoignent celles de nombreux auteurs, et notamment celles de M. MIDELET qui, dans sa thèse, souligne "le caractère récidivant, périodique du trouble mental traité par les neuroleptiques et les antidépresseurs". Effectivement, plus de la moitié des malades étudiées ont dû être réhospitalisées après un temps plus ou moins long et, si l'on tient compte des malades décédées ou perdues de vue, il n'y a qu'une proportion relativement faible de malades pour qui la sortie a duré plus de cinq ans. Il semble donc, ainsi que l'a noté A. TEFEN, que, grâce aux thérapeutiques actuelles, "les patients sont suffisamment améliorés pour ne plus avoir besoin de l'hôpital psychiatrique et insuffisamment pour mener une existence normale".

Cependant, les résultats, tels qu'ils ressortent de notre analyse, sont loin d'être défavorables.

Une partie des malades (23 sur les 100) a rompu tout lien avec l'équipe du secteur, et nous avons vu que cette rupture n'est pas nécessairement un élément négatif dans le devenir du malade mental.

Un autre groupe de malades (20 sur les 100) est pris en charge par le dispensaire du secteur depuis cinq ans et sans aucune réhospitalisation.

Enfin, si plus de la moitié des malades ont dû être réhospitalisées une ou plusieurs fois, les séjours sont, dans l'ensemble, relativement brefs et une existence plus ou moins autonome a pu être assurée dans les intervalles, grâce encore à la continuité entre l'hospitalisation et la prise en charge extra-hospitalière...

Au terme de cette analyse, qui nous a permis de mettre en évidence un certain nombre d'éléments et d'évoquer des problèmes très divers, il serait vain de vouloir proposer une conclusion générale.

Contentons-nous de souligner que, dans cet essai d'étude sur le devenir de malades mentales, il nous est surtout apparu que le caractère essentiel de l'évolution de la maladie psychiatrique est son aspect extrêmement variable, complexe, incertain ; c'est dire qu'il serait certainement hasardeux de définir cette évolution simplement en termes de guérison ou de non guérison.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Université de Paris,

R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

L. MICHAUX

B I B L I O G R A P H I E

- AUDISIO M. et LEVESCOT A.- Enquêtes statistiques à but épidémiologique en milieu psychiatrique institutionnel.- Evolution psychiatrique, Avril-Juin 1968.
- BAUME S., BERTIER R., SIVADON P., VEIL Cl. et VERBIZIER J.- Premiers mois de fonctionnement d'un hôpital de jour urbain.- Congrès de Nancy, Septembre 1963.
- BRONNER J.C.- Données statistiques de la clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg.- Thèse Médecine, Strasbourg, 1967.
- CANGHILEN C.- Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique.- Société d'édition "Les Belles Lettres", Paris, 1950.
- CARRETTE M.P.- Les critères de guérison en psychiatrie.- Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, Nancy, Septembre 1963 - Masson et Cie, éditeurs.
- CECCATO S.- Les calculatrices électroniques au secours de la psychologie.- Concours Médical, 1968, 90, 21.
- DELAY, PICHOT et PERSE - Méthodes psychométriques en clinique.- Masson, Paris, 1955.
- DUCHENE D.- Vers une démographie psychiatrique.- Semaine des Hôpitaux de Paris, 1948, 86.

DUYCKAERTS F.- La notion de normal en psychologie clinique.- Vrin, Paris, 1954.

ELIS B.- Le diagnostic psychiatrique par ordinateur.- Thèse Médecine, Paris, 1967.

JACQUOT J.-P. - La cybernétique en psychiatrie. Essai de sémiologie probabiliste.- Thèse Médecine, Strasbourg, 1966.

KAMMERER Th. et GURFEIN L.- Une nouvelle méthode d'analyse mathématique de l'observation médicale utilisant les ordinateurs électroniques. Application aux tentatives de suicide.- La Presse Médicale, 75, 47, Novembre 1967.

LAGACHE D.- Résultats et critères de guérison.- Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, Tome III, 37.812 E 10.

LAMBERT P.A., MIDENET M., LAMBERT M., VERSMEE A., CHAPOT G. et CHARLOT G.- Bilan de cinq années de pratique psychiatrique sectorisée.- Congrès de Nancy, Septembre 1963.

MIDENET M. - Contribution à l'étude du devenir des malades mentaux. Etude après six années d'évolution des 180 malades entrés en 1957 dans un service mixte sectorisé de province.- Thèse, Lyon, 1963.

OVERALL J.E.- Description standard des symptômes psychiatriques. Etablissement d'une formule d'appréciation.- Triangle, volume VIII, N° 3, Sept. 1968.

OVERALL J.E. et HOLLISTER L.C.- Les techniques de l'ordinateur appliquées à la classification psychiatrique.- J.A.M.A. 1964, 187, 583-588.

PICHOT P.- La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur.- La Presse Médicale, Mai 1967, 75, 24.

QUINODOZ J.M.- Modification de la population de l'hôpital psychiatrique. Etude comparative des premières admissions.- Médecine et Hygiène, 792, Sept. 1967.

SCHNEIDER P.B.- Les critères de guérison des troubles psychiques.- Médecine et Hygiène, N° 403, Août 1968.

UEBERSCHLAG M.H.- Les notions de guérison et de rendement thérapeutique en psychiatrie.- Société de Neurologie et de Psychiatrie du Sud-Ouest, séance du 26-2-1961.
